anuário antropológico
v. 45 • n. 2 • maio-agosto • 2020.2

A vida social de moradores permanentes de um Hospital psiquiátrico

The social life of permanent residents in a psychiatric hospital

DOI: https://doi.org/10.4000/aa.5831

Sabrina Melo Del Sarto • Universidade Federal de Santa Catarina – Brasil

ORCID: 0000-0003-1870-4332
sabrinadelsarto@hotmail.com

Bacharela em em Ciências Sociais pela UNESP-Marília, mestra e doutoranda em Antropologia Social na Universidade Federal de Santa Catarina. Tem interesse pelas áreas de Antropologia da saúde, saúde mental e etnografia.

Neste artigo, objetivo tecer uma etnografia da vida social de moradores permanentes de um hospital psiquiátrico, espírita e asilar, a fim de compreender, no devir institucional, algumas formas particulares de viver e experimentar a institucionalização. Busco observar vivências que subsistem à rotina comum obrigatória para identificar a possível presença de auto-organizações daqueles que vivem o/no local institucional. A ala escolhida dentro de um hospital localizado no interior do estado de São Paulo foi o "Lar Abrigado", um anexo que possui seis casas e, atualmente, abriga vinte e um moradores. Optei por esta ala porque nela vivem moradores permanentes que, devido ao longo período de internação, têm pouco ou nenhum contato com familiares ou outros responsáveis e, por este motivo, mesmo após os processos de reforma psiquiátrica, continuam a habitar o Hospital de forma permanente. O trabalho etnográfico naquele ambiente começou em 2016, mas os dados trazidos nesta pesquisa foram refletidos após um intenso convívio no mesmo ambiente por 90 dias seguidos, em 2018.

Institucionalização. Etnografia. Hospital psiquiátrico.

In this work, my mainly concern is to come up with an ethnography of permanent residents' social life in a psychiatric, spiritist and asylum hospital, in order to understand the sociability and particular ways of living and experiencing the institutionalization. I try to observe ways of livingness that subsists in a mandatory ordinary routine, in order to identify possible presence of self-organizations from those who live in the institutional place and, this way, recognize the motivations, concerns and yearnings that permeate their daily life. The hospital wing chosen for the research, in a hospital in the countryside of São Paulo, was the "Lar Abrigado" ("Sheltered Home"), because it is an environment with permanent residents whose lives histories are often related to institutionalization. The referred ethnographic work began in 2016, but the data presented in this article has been developed after an intense coexistence at the same environment through 90 days straight in 2018.

Institutionalization. Ethnography. Psychiatric hospital.

Introdução

Este artigo é uma pequena parte de uma pesquisa etnográfica que desenvolvi no interior de um hospital psiquiátrico, espírita e asilar localizado no interior do estado de São Paulo. Busco, com reflexões acumuladas em um trabalho empírico iniciado em 2016 e finalizado em 2018, compreender como os moradores permanentes dessa instituição a vivenciam para além da cotidianidade hospitalar proposta. Meu campo foi se construindo em todos os momentos que estive na instituição e também fora dela. Ele foi acontecendo no cotidiano asilar, nas entrevistas com funcionários, ex-funcionários, voluntários e moradores do Hospital, nas leituras documentais dos arquivos da instituição e nas visitas aos outros ambientes fora do Hospital, como nos passeios que fiz com os moradores aos supermercados, às padarias e em alguns eventos da cidade. Enquanto uma antropóloga em campo, sempre busquei estar presente com as pessoas no seu cotidiano (Das, 2007), uma vez que o penso enquanto uma unidade de análise, como um espaço em que o comprometimento com a vida do outro se torna possível. Vejo no cotidiano, assim como escreveu Veena Das (2007), a presença tanto das dimensões do ordinário quanto do extraordinário, sendo um sempre a possibilidade do outro.

Privilegiei neste estudo um devir institucional que não é simplesmente formado por itinerários terapêuticos, mas é também composto por outros fluxos de vivências e experiências. Segundo Deleuze e Guatarri (1997, p. 64), o devir é uma fonte de desejo, seria formas de desejar, colocar-se, encontrar-se e fazer uma co-presença a partir de forças de construção e de destruição. Neste sentido, o devir institucional é entendido, neste trabalho, como uma vivência hospitalar em fluxo permanente, como movimentos ininterruptos que transformam e são transformados pelos sujeitos, seria o *vir a ser* da institucionalização. Este devir é composto por uma rotina comum hospitalar e é também formado pela maneira como os próprios sujeitos etnográficos habitam o mundo do Hospital.

Observei, desde meus primeiros dias em campo, que para além das determinações estruturantes hospitalares, como, por exemplo, a rotina comum, havia muitas formas de vivenciar, experimentar e ressignificar a institucionalização. Em outras palavras, coexistiam formas particulares e grupais, desenvolvidas pelos próprios moradores, de viver a instituição através e além da normatividade imposta. Como definido por Geest e Finkler (2004), os pacientes de hospitais criam um pequeno universo próprio, neutralizando sua impotência e afastando a monotonia de sua permanência. E, segundo Biehl (2005), os internamentos antecipam uma outra chance de vida e, neste sentido, é exatamente essa "outra chance de vida" ou esse "universo próprio" que proponho explorar neste artigo. Longe de pensar em reificar a condição de internados/abandonados ou qualquer outra definição que se possa pensar para se referir aos moradores da instituição que vivenciei, a intenção primordial deste estudo é encontrar questões para (re)pensar as relações sociais dentro da institucionalização permanente.

Internamentos

Refletir sobre o que é conhecido comumente como "loucura" no mundo contemporâneo, implica defrontar-se com uma longa história de imposição de normas e marginalização de indivíduos desenvolvidas ao longo de muitos anos. Parto, assim, da premissa de que o conceito de "loucura" é uma construção social de uma determinada temporalidade que produz e reflete características e valores da sociedade em que emerge. Neste sentido, entendo que as condutas associadas ao tema da "loucura" estão também relacionadas à incorporação de forças culturais que, por sua vez, são reelaboradas e reinterpretadas constantemente pelos agentes na ação social.

Os primeiros estudos relacionados à história da "loucura" e aos poderes institucionais (Bastide, 1968; Foucault, 1997; Pessotti, 1994) e aqueles que trabalharam as questões sociais e culturais da saúde (Benedict, 1988 [1934]; Duarte, 1994; Langdon, 2013; 2015; Laplantine, 1988; Velho, 1981; entre outros) permitem-nos construir discussões sobre o tema para além de estudos biológicos focados apenas nas explicações médicas. Na Antropologia, de maneira geral, observou-se desde a década de 1930 que as significações de comportamentos heterogêneos variavam entre as diferentes sociedades e que as concepções de "normal" e "desviante" eram, portanto, relativas (Benedict, 1988 [1934]; Mead, 1963; Sapir, 1949). A oportunidade de restituir aos fenômenos biológicos sua natureza social foi encontrada na Antropologia da Saúde, a qual, entre muitas contribuições, permitiu desnaturalizar verdades científicas médicas ao demonstrar que as condições de vida interferiam diretamente nas condições de saúde (Minayo, 1994).

Quando relacionada ao tema da saúde mental, a Antropologia da Saúde teve também um papel fundamental, pois permitiu pensar as alterações nos estados mentais e corporais e as formas de cuidado através da articulação com os sistemas simbólicos nos quais elas se constituíam, nomeando-as como experiências sociais (Sarti, 2014). Maluf e Andrade (2016) também se atentam para o fato de que a Antropologia traz sua contribuição ao considerar o contexto de redirecionamento a uma nova concepção de assistência psiquiátrica baseada não mais na doença, mas que pretende valorizar a experiência dos sujeitos e se aproximar dos mesmos. Essa pluralidade de visões sobre o ser social e sua relação com a saúde e a doença auxilia-nos a (re)pensar as formações e concepções hegemônicas relacionadas ao conceito de "loucura" já estabelecidas e cristalizadas socialmente.

Segundo Velho (1981), nas suas discussões sobre os comportamentos desviantes, tem-se a criação de uma individualidade pura, e as diferenças fazem com que pessoas sejam internadas em instituições para serem mantidas afastadas da ordem social. Dentro deste arcabouço de significações e diante da pluralidade de discursos que envolvem o tema, sabe-se, a priori, que as pessoas que não se enquadram nas ordens estabelecidas socialmente podem ser designadas ao internamento. Este, por sua vez, emergiu como um mecanismo utilizado para eliminar supostos "elementos heterogêneos e nocivos" da vida social e contém significações "políticas, sociais, religiosas, econômicas e morais" (Foucault, 1997, p. 61-63).

No Brasil, os espaços para internamento dos então considerados "loucos"

surgiram ao mesmo tempo em que as indústrias se expandiram, nas últimas décadas do século XIX, sendo o crescimento urbano o fator determinante para a construção dos então chamados "hospícios" e, desde a criação do alienismo brasileiro, o país manteve-se atualizado com os métodos europeus de tratamento. As referências psiquiátricas foram introduzidas, e os sujeitos da rápida urbanização, como os operários das indústrias, o imigrante estrangeiro, o negro liberto e os subempregados, eram os principais alvos da institucionalização (Bastos, 1997). De maneira geral, a medicina higiênica ou mental foi gradativamente construindo um discurso dominante sobre todas as instâncias da vida, invadindo as relações pessoais e moldando-as segundo uma ideia de ordem e disciplina (Cunha, 1986).

Desde a Proclamação da República, o objetivo principal era educar as sociedades e acabar com os "lugares promíscuos" que abrigavam doenças e criminalidades, e as instituições manicomiais foram criadas, principalmente, para intervir na saúde pública. O asilo nasceu como uma "necessidade da sociedade" e foi atribuída à loucura uma natureza patológica, justificando a exclusão dos então denominados "loucos" (Bastos, 1997). Os hospitais foram crescendo e, somente a partir da segunda metade do século XX, Franco Basaglia, psiquiatra italiano, iniciou a crítica e transformação dos mesmos (Bastos, 1997). No Brasil, no final da década de 1970, a mobilização da população, dos profissionais da saúde mental e dos familiares de pacientes, iniciou a Luta Antimanicomial, direcionando esforços para uma Reforma Psiquiátrica pautada na defesa dos direitos humanos e no resgate da cidadania dos internados (Delgado, 1992). Em 2001, após um longo processo de Luta, foi sancionada a Lei Paulo Delgado, a Lei de Saúde Mental nº 10.216, que além da proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redirecionou o modelo assistencial em saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil se fundamentou principalmente na descentralização dos hospitais psiquiátricos, através de comunidades terapêuticas e psiquiatria comunitária e, também, em reflexões sobre loucura, psiquiatria e manicômios (Camargo, 2017). Desde o início da Reforma, os hospitais tiveram seus leitos reduzidos e o tempo de internação diminuído (Amarante, 1994) e, simultaneamente, houve uma expansão dos tratamentos farmacológicos, desenvolvida pela indústria farmacêutica, que influenciou toda a comunidade psiquiátrica (Conrad, 1992).

As propostas da Reforma Psiquiátrica foram analisadas também criticamente (cf. Maluf; Andrade, 2014; 2015; Saretta, 2014; Carvalho, 2014; Machado; Manço; Santos, 2005) e, de maneira geral, pode-se observar que ela foi responsável pelo processo progressivo de extinção dos hospitais psiquiátricos, que constituíam instituições superlotadas e custosas para o Estado (Conrad, 1992). Vale lembrar que este processo ainda hoje não foi concluído, e nas palavras de Andrade e Maluf, "a Reforma Psiquiátrica brasileira está em curso no Brasil há aproximadamente 30 anos e caracteriza-se por um processo complexo, responsável por um conjunto de transformações teóricas e práticas que têm como objetivo redirecionar a assistência psiquiátrica no país" (2014, p. 33).

Em outras palavras, a partir da Reforma, iniciou-se um processo em que o modelo manicomial começou a passar de exclusivamente psiquiátrico para também

ambulatorial, e a psiquiatria passou a ser exercida nos espaços de atendimento público (Maluf, 2010). Deste modo, o antigo modelo de cuidados hospitalares foi sendo substituído, gradativamente, pelo modelo de atenção comunitária, no qual comunidades terapêuticas deveriam substituí-lo juntamente com o CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e o NAPS (Núcleos de Assistência Psicossocial). Entretanto, algumas instituições não conseguiram efetivar a desinstitucionalização e, por este motivo, ainda existem pessoas que vivem, permanentemente, dentro de instituições psiquiátricas (Bastos, 1997).

Instituição

Algumas instituições psiquiátricas brasileiras, mesmo com os processos de Reforma, continuam a existir e mantêm os tratamentos e internamentos de longa duração. Este é o caso do *locus* de uma pesquisa etnográfica que desenvolvi entre 2016 e 2018. Após autorização do Comitê de Ética Nacional e da equipe da instituição, comecei a frequentar o cotidiano asilar de um hospital psiquiátrico localizado no interior de São Paulo. Fundado em 18 de julho de 1948, destina-se ao tratamento de pessoas diagnosticadas com sofrimentos psíquicos, abrigando indivíduos de todo o Brasil, alguns como moradores permanentes e outros como internados temporários. Desde sua fundação, o Hospital era composto por 330 leitos, sendo 260 conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) e 40 destinados aos pacientes particulares ou de outros convênios, além de 30 leitos destinados a menores dependentes químicos. Durante o processo da Reforma, o mesmo teve seus leitos conveniados ao SUS reduzidos para 180, e o número de leitos particulares aumentou para 50 convênios. Além disso, uma nova ala foi construída para começar um processo de transformação do Hospital, que busca, atualmente, passar de Hospital Psiquiátrico para Hospital Geral. Os tratamentos são realizados por uma equipe multidisciplinar, e os pacientes são vistos, internamente, como seres biopsicossociais-espirituais[1]. A assistência espiritual é feita por voluntários de diferentes casas espíritas kardecistas da região, e a direção do Hospital é também composta por cidadãos espíritas.

O Hospital é subdividido em alas médicas[2] e, adentrando-o, podemos conhecer o Lar Abrigado, uma ala em funcionamento desde janeiro de 1996, conveniada ao SUS e com moradores permanentes. Este ambiente está localizado em um anexo do Hospital que possui 6 casas e tem capacidade máxima para 30 moradores, porém, atualmente, possui 21, sendo 7 homens e 14 mulheres. Segundo Camargo (2017), os lares abrigados foram construídos com o objetivo de seguir as diretrizes da Portaria nº 224, que requeria reformulação dos espaços físicos dos hospitais psiquiátricos, e implicaram em uma reparação da política asilar vivida por pacientes que se tornaram moradores de hospitais.

No ambiente do Lar Abrigado, quatro casas abrigam exclusivamente mulheres, e outras duas são habitadas por homens. As moradias apresentam algumas limitações, como a proibição de aparelhos eletrodomésticos na cozinha e de objetos pontiagudos em todas as casas. Há ainda, na composição espacial do local, um quintal coletivo e um refeitório. Alguns dos que ali habitam possuem o que cos-

1 Conceito que visa estudar a causa ou o progresso das doenças pautando-se em fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este modelo abrange disciplinas que vão desde a medicina à psicologia e à sociologia. (LUIS, 2014).

2 O Hospital é composto por 7 alas médicas, divididas entre alas mistas ou não, conveniadas ao SUS ou particulares e que tratam dependência química ou transtornos psiquiátricos com internações prolongadas, temporárias ou de longa duração.

tumo chamar de "coleção de institucionalização", pois já moraram em orfanatos, depois em outros hospitais, até que chegaram ao Hospital em questão.

A rotina comum hospitalar envolve uma dinâmica de tratamento religioso e medicamentoso. Nesta rotina, os moradores têm de 3 a 4 vezes por dia a "hora do remédio", além de 4 momentos destinados às refeições. Há também o tratamento religioso que, segundo alguns voluntários espíritas kardecistas, é importante porque os distúrbios mentais são resultados da ação de espíritos desencarnados que influenciam nas funções mentais de indivíduos encarnados. Como o Hospital foi fundado por voluntários espíritas que se dedicavam à caridade e ao tratamento de pessoas diagnosticadas com doenças mentais, persistiu, até os dias atuais, a religiosidade nos tratamentos. Todos os dias, às 8 horas da manhã, os moradores assistem uma palestra e, em seguida, tomam o passe[3]. Marcia[4], uma moradora de 64 anos e institucionalizada há 23 anos, elucida a atividade:

> [...] é do lado do escritório do morador, eu vou todo dia, mas hoje não teve por causa da chuva. [...] a gente vai lá no pátio, você entra ali no morador, segue o caminho, tem uma sala cheia de banco, cadeira, você entra lá, senta lá, tem homem, tem mulher que fala um monte de coisa, tem hora que fico cochilando e nem dá para entender o que falam. Eu olho e não vejo nada, porque fica meio escuro e com minha visão não dá pra ver, só escuto as vozes. Uma visão tá apagada e com a outra dá para ver um pouco. Um olho apagou esses dias (Diário de campo, 10/05/2016).

De acordo com alguns funcionários do Hospital, o Lar Abrigado tem como objetivo principal a ressocialização e a desmedicalização progressiva dos moradores. Ao mesmo tempo, constata-se que alguns deles continuam com muitas medicações e sem contato com o mundo externo ao Hospital, e como vivem longos anos de internação, com pouco ou nenhum vínculo familiar, suas histórias de vida podem estar, frequentemente, relacionadas à instituição.

Vale abrir um parênteses para lembrar que, no caso desta pesquisa, os agentes não se resumem aos sujeitos etnográficos, pois outro agente também conduz o cotidiano asilar, o Hospital, que pode ser considerado não tão somente como um lugar, mas também como um sujeito, com desejos, expectativas e ordenações. Ele tem forma, tem cheiro e vive no cotidiano de cada morador. Foi por este motivo que escolhi apresentar o Hospital com letra maiúscula, afinal, são assim que são denominados os agentes. A voz do Hospital nem sempre é ouvida, mas é, a todo momento, percebida. Todos sabem exatamente o que devem fazer para continuarem a viver ali. Sabem que não podem negar as medicações, que não devem sair sem autorização e que devem seguir a rotina comum sem questionamentos. Segundo Bosi (2003), os lugares têm não somente uma fisionomia, mas também uma biografia, eles têm infância, juventude e velhice. Inspirada pela autora, observei o quanto o Hospital também acompanha o ritmo da respiração e da vida dos moradores e os compõe e é composto por eles. As histórias deles e a do Hospital não são as mesmas, mas se atravessam e uma está implicada na outra, elas se complicam

3 Segundo o *Dicionário de Parapsicologia, Metapsíquica e Espiritismo,* passe é: "movimentos com as mãos, feitos pelos médiuns passistas, nos indivíduos com desequilíbrios psicossomáticos ou apenas desejosos de uma ação fluídica benéfica. [...] Os passes espíritas são uma imitação dos passes hipnomagnéticos, com a única diferença de contarem com a assistência, invocada e sabida, dos protetores espirituais" (Paula, 1970, p. 57).

4 Todos os nomes citados são fictícios.

e se constituem. Neste sentido, como escrito por Lézé (2014), o Hospital é, como toda instituição, um espaço que domina os valores e as crenças da cultura e os reproduz dentro de suas alas médicas. Assim, ele reflete e reforça a dominação social e cultural da sociedade em que está inserido.

A rotina institucional: outros fluxos

Após conhecer brevemente o contexto dos internamentos e o Hospital, bem como o Lar Abrigado, penso que podemos encaminhar nossas discussões a fim de adentrar ainda mais no *locus* da pesquisa. Para esta segunda parte, convido ao texto duas moradoras do Lar Abrigado. A primeira, Antônia, é uma mulher de 62 anos que está institucionalizada há 22 anos; e a segunda, Laura, é uma mulher de 34 anos que está institucionalizada há 21 anos. Convido-as porque aqui retomarei situações cotidianas que vivenciamos juntas. Escolhi essas duas moradoras para este recorte por elas serem representantes exímias da construção de formas de experienciar a instituição para além do que propõe a rotina asilar comum e obrigatória.

Antônia segue a rotina comum do Hospital, acorda às 7h, toma o café da manhã no refeitório público e vai para a reunião espírita, chamada internamente de "passe". Após o passe, retorna ao Lar Abrigado para tomar a primeira medicação e o banho e aguardar o almoço, transitando entre sua casa e os outros espaços do Hospital. Às 11h30 é servido o almoço e, logo em seguida, a segunda medicação. No meio da tarde, às 14h30, há mais uma medicação e um café da tarde; por fim, o jantar é servido às 17h, e a quarta e última medicação do dia às 20h30. A rotina de Laura e dos outros 19 moradores não diferem da rotina de Antônia, exceto pela quantidade de medicação, alternadas entre três ou quatro vezes por dia e com uma média de 17 comprimidos diários. Entretanto, nos intervalos dessa rotina comum, Antônia e Laura conseguem articular seu tempo para outras atividades que destoam da rotina comum institucional.

Antônia, com seus mais de 60 anos, tem uma paixão declarada: colorir desenhos. Além desta paixão, Antônia gosta de recitar poesias que, nas suas palavras, "aprendeu no juizado de menor" (Diário de campo, 21/03/2016). Ela também diz amar colecionar fotos de seus amigos que passaram pelo Hospital e de ouvir música "quente"[5] em seu radinho de pilha. Laura, com pouco mais de 30 anos, ocupa seu tempo cuidando dos outros moradores. Parte do seu trabalho, nas suas palavras, é "carinho" e outra parte é "trabalho de verdade" (Diário de campo, 04/05/2016). O "carinho", para Laura, pode ser associado a um cuidado sem uma retribuição monetária, são favores que ela faz para os moradores que vivem o Lar Abrigado junto com ela. Já o "trabalho de verdade" surgiu porque, por um tempo, ela trabalhou como empacotadora em um supermercado da cidade, entretanto, a perícia a proibiu de continuar sua atividade laborativa, pois a mesma está aposentada por invalidez e mora em um hospital. A solução encontrada pela moradora foi de lavar as roupas dos moradores que não podem ou não querem lavar, recebendo de cada um deles 40 reais por mês. Rosa, uma moradora de 56 anos que foi institucionalizada por 21 anos mas faleceu em 2017, antecedeu Laura na lavagem das roupas e sempre me dizia quando conversámos: "Temos que cuidar das nossas

5 Música quente, segundo a moradora, refere-se à música sertaneja.

coisas, ganhar nosso dinheirinho" (Diário de campo, 10/05/2016).

Pensar nas moradoras do Lar Abrigado enquanto "vítimas passivas" seria mais uma maneira de silenciar as formas agenciadas em torno da vida institucional que elas vivenciam, que contêm sim medicamentos e tratamentos, além de regulamentações coercitivas, entretanto, há formas de vivências que ressignificam, diariamente, aquele devir institucional. Aureliano (2012) escreveu que deixar-se determinar pelos genes seria o fim de formas agenciadas em torno da vida, com ou sem doença, numa intensa responsabilidade pela constituição de si. Encaminhando neste sentido, podemos já observar nestes primeiros exemplos como Laura e Antônia explicitam o quanto o contexto hospitalar é amplo e seus agentes são variados, e isso reforça a ideia da importância de pensar no devir institucional enquanto fluído e mutável, observando como as vidas sociais ressignificam, a todo momento, o ambiente asilar.

Vale, por estarmos inseridos em uma instituição médica, refletir brevemente sobre o conceito de doença. Segundo Langdon (2013, p. 1022), "a doença e seus signos não são universais. Ela é uma experiência construída culturalmente através do contexto cultural, do processo de internalização simbólica do doente e do *feedback* entre sistema cultural e estados psicológicos". E ainda: "ver a doença como experiência implica entendê-la como um processo subjetivo construído através de contextos socioculturais e vivenciado pelos atores". Biehl (2005) traz uma contribuição interessante que caminha também ao encontro do que penso no caso do Lar Abrigado: a ideia de que doenças são também *man made,* ou seja, humanamente fabricadas. Neste caso, para os moradores permanentes de instituições é dado o "típico e duvidoso tratamento reservado aos pobres das cidades [...] a medicalização se encarrega da maior parte do trabalho e os efeitos farmacológicos tornam-se, literalmente, o corpo que está sendo tratado" (Biehl, 2005, p. 435).

A priori, poderíamos tendenciar a observar o Hospital enquanto uma "instituição total", nos termos de Goffman (1974, p. 11). Segundo o autor, a "instituição total", seria um "lugar de residência e trabalho, no qual indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada" (p. 11). Entretanto, como Antônia e Laura vivem essa "instituição total" diariamente, é possível perceber como elas encontraram algumas *frestas* para fazerem emergir suas formas particulares de vivências. Vale ressaltar que não são todos os moradores que têm essas práticas e que, para alguns, o regime de internação é mais coercitivo do que para outros. A ideia de "instituição total" pode sim ilustrar o ambiente, mas ela não é experienciada por todos os moradores. Muitos são os que realmente não podem sair do Hospital e que vivem a rotina comum asilar como sua única possibilidade de estar ali. Entretanto, para outros, o devir institucional possui diferentes fluxos, e os tratamentos medicamentosos e religiosos hospitalares são apenas uma parte deles.

Outra prática comum de Antônia, por exemplo, são as visitas que faz ao Espaço Dia, uma ala particular do Hospital que recebe, diariamente e pela manhã, pacientes que vivem fora da instituição para atividades com uma terapeuta ocupa-

cional. Antônia é conhecida por todos daquele ambiente e o frequenta diariamente. Não há terapia ocupacional para os moradores do Lar, mas Antônia encontrou espaço para participar da atividade. A moradora gosta também de guardar alguns desenhos que ganha naquela atividade para pintar aos domingos. Sempre que ela recebe novas folhas sulfites com desenhos para colorir, escolhe os mais complexos e com mais detalhes para deixar para pintar no domingo, dizendo sempre: "Esse desenho é de pintar no domingo, domingo é mais sossegado, a gente tem mais tempo" (Diário de campo, 08/02/2018).

Já Laura, que é a moradora mais jovem do Lar, tem autorização para fazer saídas rápidas do Hospital. Os caminhos dela, diferente dos de Antônia, não se resumem às idas e vindas entre as alas hospitalares, pois ela pode sair para passeios rápidos, que costuma fazer principalmente às terças-feiras. Isto porque, é neste dia, de todas as semanas do mês, que acontece o esperado "Dia do Pagamento", momento no qual todos os moradores recebem 60 reais da Assistente Social. Alguns moradores não podem ficar com seus dinheiros e, nestes casos, o dinheiro pode ser entregue a Laura, que se encarrega de fazer as compras para eles. Os moradores se reúnem na cozinha de uma das casas femininas para decidirem se irão pegar os 60 reais ou se irão guardar um pouco de dinheiro para comprarem algo que precisam e que é mais caro, o que demanda juntar dinheiro de várias semanas para a compra. Cada um tem uma bolsinha que fica com a Assistente Social, e nelas alguns fazem pequenas poupanças.

No dia do pagamento, a manhã do cotidiano asilar fica extremamente agitada, e os moradores se reúnem no quintal comum para dizer a Laura o que querem que ela compre para eles no supermercado que há perto do Hospital. Ela decorou os pedidos de cada um, que costumam sempre pedir a mesma coisa toda semana. Normalmente, os pedidos variam entre refrigerantes, balas, salgadinhos, bolachas, iogurte, paçoca, leite e achocolatado. Alguns moradores têm também a permissão de saírem acompanhados de Laura para as compras de terça-feira. Ela então os acompanha até o mesmo supermercado que existe em frente ao Hospital. Para os moradores que não podem sair, Laura escolhe cuidadosamente cada item. Ela escolhe os itens de morador por morador e sempre finaliza uma compra antes de começar a outra. Ela faz muitas compras seguidas, indo e vindo entre o caixa e as prateleiras do supermercado. No final, Laura volta para o Lar com os moradores que a acompanharam até lá e leva também as sacolas daqueles que não podem sair e que encomendaram algumas compras. Depois de entregar as sacolas, é a vez de Laura sair com Antônia, pois ela nem sempre quer ir ao supermercado, e, na maioria das vezes, prefere ir à papelaria que se localiza também em frente ao Hospital. Lá ela gosta de comprar livrinhos de colorir, canetas coloridas, lápis de cor, entre outros materiais escolares que têm acumulados em sua casa.

Inspirada por Veena Das (2011, p. 125), pude pensar na ideia de que "as vidas individuais são definidas pelo contexto, mas são também geradoras de novos contextos". As moradoras Laura e Antônia recriam o contexto hospitalar de maneiras inusitadas e, mesmo com suas vidas sendo institucionalizadas e estando dentro de um grande sistema de poder coercitivo, suas individualidades ainda

assim subsistem a todo momento. Segundo Butler (2002), a estrutura reiterativa das normas não apenas consolida um regime particular de discurso/poder, mas fornece meios para a sua desestabilização. Assim, não existiria a possibilidade de "desfazer" normas sociais dissociada do "fazer" das mesmas normas. Como não é possível haver agência fora de uma estrutura de poder (Ortner, 2006), são exatamente essas determinações, neste caso trazidas pelo Hospital, que fazem emergir e demonstram as particularidades dos próprios moradores. De maneira geral, todas as formas particulares de viver a institucionalização emergem sempre dentro da rotina e das regras impostas pela instituição, e toda a normatividade é ressignificada, também diariamente, pelos moradores.

Os *outsiders sources* (Beuf, 1979) são também fundamentais para essa discussão. Existem objetos e situações que expõem os moradores ao contato com o mundo externo, e isso modifica a própria configuração da cotidianidade asilar. Laura, por exemplo, após juntar o dinheiro do pagamento por alguns meses, conseguiu comprar um celular, um rádio e uma máquina de lavar roupas. Revistas, televisões e rádios são outros exemplos de *outsiders sources* que alternam com a vida institucional, tirando os moradores da totalidade dos muros hospitalares. No Lar Abrigado, as televisões sempre estão ligadas, e alguns moradores têm o costume de ouvir rádio bem alto, principalmente no momento da faxina. Esses objetos possibilitam um transitar para além dos muros e permitem que a suposta monotonia rotineira asilar seja quebrada.

Durante meu trabalho de campo, foram comuns situações em que os moradores comentavam de catástrofes e crimes que estavam acontecendo no "mundo" ou na "cidade". Eles viam, nos *outsiders sources,* os noticiários e, depois, vinham me dizer o quanto estavam morrendo pessoas e o quanto "o mundo" estava violento. Alguns moradores passam a tarde toda vendo televisões e outros ouvindo rádios, e o transitar para além da instituição ocorre também entre os noticiários e as telenovelas nas salas de suas casas.

Narrativas institucionais

Como no Lar Abrigado muitos moradores perderam o contato familiar e, com a impossibilidade de saída e a ausência de vínculos externos, principalmente entre aqueles que já vieram de outras instituições, as relações sociais dentro da instituição podem parecer guiadas por uma sensação de espera. Em campo e vivenciando diariamente a rotina institucional, comecei a perceber que o tempo parecia passar mais devagar dentro do Hospital, o barulho do ponteiro do relógio parecia ser mais alto e denunciava, em cada um dos segundos que passava, essa intensa sensação de espera. Espera pelas refeições. Espera pelas medicações. Esperas. Entretanto, nos espaços de espera, percebi que os moradores encontravam *frestas* que lhes permitiam vivê-las de maneiras-outras. Observei, em alguns casos, por exemplo, moradores que tinham o hábito de narrar histórias, e estas traziam um fluxo e um movimento diferente na espera e no devir institucional. As histórias permitiam que os moradores revivessem situações através das lembranças e não tão somente, permitiam também que compartilhassem suas experiências

particulares com os outros.

Valentina, uma moradora de 48 anos, sempre que me vê vem até mim para contar histórias que viveu antes da institucionalização. Ela mora no Lar há 14 anos e se apresenta para alguns como uma funcionária do Hospital que trabalha há anos ali fazendo um "trabalho de evangelização e rezando para os doentes". Antes de ali habitar, me contou que vivia na rua, pois a mãe não a quis e a abandonou porque, segundo ela, "nasceu muito gorda" (Diário de Campo, 19/04/2018). Como forma de viver o ambiente hospitalar, ela sempre faz referência às suas vivências antes do Hospital para contar suas histórias de vida. Em uma manhã da pesquisa de campo, alguns moradores foram escolhidos para fazer uma visita a um grande supermercado da cidade, e quando nos reunimos na kombi para saber quem iria, a cuidadora leu uma lista com 7 nomes e justificou a não ida dos outros porque os mesmos "não tinham tomado banho". Também não tinha espaço para mim na kombi e, por este motivo, fiquei entre aqueles que não tinham tomado banho. Valentina veio se sentar ao meu lado, nos bancos de cimento que há no quintal comum do Lar. Começou a contar que antes de trabalhar no Hospital, tinha o dom de cura e que curou um moço que não acreditava na palavra dela. Depois disso, ela nunca mais quis esse dom e disse que Jesus já a perdoou. Ao contar que veio de São Paulo, uma chuva de histórias começaram a surgir. Ela então me disse que sua nora teve "câncer no peito" e que quando foi tirar, morreu. Disse ainda que teve muitos filhos em São Paulo, mas que não os vê há anos (Diário de campo, 05/05/2017).

Outro morador, Manoel, com 65 anos e institucionalizado há quase 30 anos, gostava sempre de conversar sobre sua vida anterior ao Hospital e sempre me dizia que era pipoqueiro e chefe no jogo do bicho e que quando começou a ganhar dinheiro, também começou a sair muito e foi assim que começaram suas internações. Gostava de me contar sobre um dia em que participou de um concurso de rapaz mais feio, valendo um quilo de linguiça (Diário de campo, 12/04/2017). Suas histórias sempre tinham finais inusitados e tinham um tom de comédia, o que divertia muito os outros moradores que as escutavam. Ele também as construía de maneira muito interessante. Muitas vezes, ele optava por contá-las referindo a si como "Garapa", apelido que recebeu quando ainda não era institucionalizado.

O "Garapa" sempre aparecia nas histórias de Manoel para retomar um eu que corre contra o tempo para não ser apagado, para subsistir, pois como escrito por Bosi (2003, p. 200), a "memória rema contra a maré". Nas narrativas, o Garapa aparecia rodeado de amigos em situações inusitadas que acabavam por tirar risos daqueles que as ouviam. Segundo Cardoso (2012, p. 53), "a história de vida não só sugere certos modos de ordenamento para as vidas dos sujeitos, mas [...] também implica um certo tipo de olhar retrospectivo e que tende a privilegiar a história como um produto". Assim, através das histórias de Garapa, pude ver uma suavidade da vivência institucional tanto para ele quanto para aqueles que as ouviam. Interessante pensar também o quanto as histórias não são fixas, elas são reinventadas e construídas, e o que é contado é sempre múltiplo e produz também, no ato de narrar, novas subjetividades.

Ao ouvir essas histórias, pude perceber que por mais que a instituição, como um todo, tenha ações que parecem organizar e homogeneizar o ambiente, muitas particularidades subsistem. No caso de Valentina e Manoel, o ato de narrar permeia a vida institucional também como uma recusa ao resumo cotidiano de estarem institucionalizados. Narrar era um dos poucos espaços em que podiam "fugir" do controle do Hospital, pois em formato de narrativas podiam comunicar desejos, aflições, medos, entre outras composições formadas no campo das subjetividades de cada um.

A vida nas narrativas não era presa dentro de muros, a vida expressa tinha liberdade de ir e vir entre as palavras ditas e não ditas. Nas histórias, podiam dizer aquilo "que não deveria ser dito" e podiam dizer aquilo que queriam dizer. Nas histórias, apareciam mais do que cenas interpretáveis, e o passado e o futuro se aglutinavam com o presente. Nesse espaço, podiam contar o que quisessem que não seriam silenciados, pois suas palavras não eram, infelizmente, suficientes para denúncias. No espaço do narrar podiam se encontrar com seus próprios eus em outras temporalidades, e suas subjetividades não passavam por filtros.

> Eu, mais conhecido como Garapa, mais meus amigos, frequentava o Big Bar. Lá, a gente ia depois das onze pra jogar marrequinho, valendo as despesa do Bar... Teve um dia que valia um frango a passarinho. Pé de Gancho e eu fomo arrumar o frango pro combinado. Fomo na casa do padre que criava franguinho de granja e roubamo cinco, levamo para casa e matamo e limpamo. Lá no Big Bar a gente fritou. De madrugada, fomo acertar as despesa e o padre queria pagar uma parte dos gasto dele, mas todo mundo não deixou, e ele sem entender nada... Aí ele me perguntou onde eu arrumei o frango. Eu respondi com a verdade, que peguei no galinheiro dele com a ajuda do Pé de Gancho. Tivemo sorte, ele achou graça e até resolveu pagar a conta toda sozinho (Entrevista com Manoel, 24/08/2017).

Segundo Benjamim (1986), ao narrar, os indivíduos encontram no passado germes de outra história, que viveram fora da realidade do presente. Essa narrativa considera os sofrimentos acumulados ao longo dos anos com o intuito de dar uma nova face às esperanças, frustradas ou não. Seria como uma construção de uma experiência com o passado, fazendo com ele que seja vivido no presente, despido das cronologias para enfim triunfar no conforto das incertezas com novas experiências. Nas palavras de Hita (1994), os relatos demonstram aspectos relativos à construção das identidades e do senso de si mesmo que emerge nas histórias contadas.

Como dito, através das narrativas o peso do cotidiano se suavizava e as experiências institucionais, ao tornarem-se narráveis, não só possibilitavam uma automodelação da cotidianidade, como também do *eu*. Retomo o conceito de "narrativização" de Cardoso (2007, p. 320), que pode auxiliar a pensar esta questão. Segundo a autora, "narrativização" seria "um processo de significação através do qual "experiência", "sujeito" e "evento" são simultaneamente constituídos – um

processo através do qual o sujeito se posiciona enquanto sujeito em uma realidade social". É exatamente através desta ideia que podemos pensar as narrativas no Lar Abrigado. Entre as narrativas que são constituídas no momento das conversas, os moradores encontram espaços para além da representatividade de suas vivências, mas também para constituí-las e revivê-las. Manoel, por exemplo, gostava muito de me contar sobre seu cotidiano quando vivia em uma pensão, e observei que ele contava essas histórias também para os outros moradores. As histórias pareciam fazer os moradores viajarem pelo tempo a fim de viver experiências já não mais permitidas por estarem institucionalizados.

Para Becker (1997, p. 103), um dos pontos altos das histórias de vida é justamente perceber as interpretações feitas pelos sujeitos do mundo no qual vivem e de seus períodos de transformação. E Gonçalves (2014, p. 22), ao escrever sobre a autobiografia e a autoescrita, diz que ambas expressam "a capacidade de os sujeitos produzirem a si próprios através das narrativas". No caso do Lar Abrigado, essa produção de si mesmo e das histórias possibilitam também formas de viver e de experimentar a vida institucional para além do cotidiano comum do Hospital. Assim, seria interessante pensar que a narrativa opera, também, como um "instrumento mental de construção de realidade" (Bruner, 1991, p. 5), e que através dela os moradores vivem a institucionalização permanente de maneiras-outras.

Segundo Aureliano (2012), a doença pode provocar uma ruptura biográfica e, ao pretender interpretar narrativas biográficas acionadas em contexto terapêutico, ela diz que devemos considerar que os processos narrativos envolvendo doença não devem ser analisados apenas enquanto histórias contadas, mas enquanto histórias construídas, refeitas e encenadas. É este aspecto que sempre busquei observar enquanto os moradores me contavam suas histórias, ainda mais porque não conhecia o diagnóstico clínico de nenhum deles, sendo esta uma escolha que fiz desde os primeiros meses em campo. Sempre caminhei no sentido de refletir sobre suas histórias e vivências a partir do que me contavam e, neste contar, eles poderiam também escolher o que me dizer, e isto fazia parte do processo de legitimação de suas próprias perspectivas.

Considerações finais

O dinamismo da vida cotidiana cartografou as linhas apresentadas neste artigo, e o tecer destas reflexões foi composto por um estudo conjunto entre as teorias lidas e as vivências experienciadas em um longo trabalho de campo. Percorri as *frestas* criadas por aqueles que as compõem, diariamente, *com* e *na* vivência institucional e descobri formas-outras de viver o mundo hospitalar e asilar. Percorrer esses outros fluxos revelou que, para além das determinações estruturantes hospitalares, havia formas-outras de experimentar e ressignificar a institucionalização.

De maneira geral, propus mostrar que existem formas de agir e viver na instituição que subsistem à rotina hospitalar comum e que são elas que demonstram o quanto, dentro do Hospital, a sociabilidade pode se constituir de maneira diversa, mesmo com toda a medicação e a rotina institucional. Este fato reforça a ideia da existência de formas de agenciamento de vida dos moradores e, a partir desse

ponto de vista e da sequência de fatos descritos, proponho repensar a institucionalização para além da coercitividade evidente.

Se pensarmos no devir institucional, observamos que a forma mais óbvia da institucionalização seria a repetição, ou seja, a rotina. Assim, esse devir institucional é, por um lado, rotineiro e, ao mesmo tempo, enquanto constituinte de formas de vida, não pode se configurar como rotineiro simplesmente, muito menos como um calendário de ações. Neste sentido, a cotidianidade é constituída de diferentes maneiras ao longo da vida institucional, como pudemos observar no decorrer deste artigo.

Segundo Biehl (2005), observar as formas de vivências de moradores de hospitais psiquiátricos pode nos demonstrar o sentido do devir dos próprios institucionalizados. E tecer uma etnografia da vida social destes moradores ajuda-nos a capturar a lógica das infraestruturas cotidianas hospitalares, auxiliando-nos a tecer interpretações nestes contextos críticos nos quais os quadros clínicos e as realidades político-econômicas se confundem. De maneira geral, os moradores encontram meios-outros para viver essas determinações que parecem ser sólidas e o são, mas são também passíveis de (re)significações.

Demonstrar, como fator central, essas formas de experiências que subsistiram foi uma escolha feita em campo. Não visei ignorar a estrutura de poder, nem as determinações e regras hospitalares, entretanto, busquei não utilizar essa estrutura de poder como discussão central. No Lar Abrigado, parafraseando Veena Das (2011) em um estudo realizado em outro contexto, foi quando o internamento "de ontem" virou uma moradia "de hoje" que os projetos de vida tiveram que ser reformulados. Portanto, refletir sobre os indivíduos institucionalizados que tiveram suas particularidades condicionadas a uma rotina hospitalar, com o intuito de demonstrar como eles ressignificaram o ambiente de modo a viabilizar a presença de suas formas particulares de vivências, é imprescindível. Ultrapassar o senso comum é, segundo Peirano (2016), uma pretensão fundamental da Antropologia, portanto, lançar luz a reflexões que privilegiem a perspectiva de pessoas institucionalizadas permanentemente é fundamental nessas pretensões de (des)construção de muros.

Recebido: 07/11/2019
Aprovado: 24/03/2020

Referências

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho (Org). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sonia Weidner. 2015. Do hospital psiquiátrico para a cidade: itinerários e experiências de sujeitos nos processos de desinstitucionalização. *In:* GUANAES-LORENZI, Carla et al. (Orgs.). *Psicologia social e saúde:* da dimensão cultural à político-institucional. Florianópolis: Abrapso; Edições do Bosque CFH/UFSC, 2015. p. 272-294.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sonia Weidner. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. *In:* FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde.* Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 33-56.

ANDRADE, Ana Paula Müller de; MALUF, Sonia Weidner. Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis – Revista de Saúde Coletiva,* UERJ, p. 251-270, 2016.

AURELIANO, Waleska de Araújo. As pessoas que as doenças têm: entre o biológico e o biográfico. *In:* GONÇALVES, Marco Antonio *et al.* (Orgs.). *Etnobiografia:* subjetivação e etnografia. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2012. p. 239-262.

BASTIDE, Roger. *Sociologia das doenças mentais.* Lisboa: Publicações Europa-América, 1968.

BASTOS, Othon. The history of psychiatry and mental health in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria,* v. 46, n.9, p. 473-475, 1997.

BECKER, Howard. A história de vida e o mosaico científico. *In:* BECKER, Howard S. *Métodos de pesquisa em ciências sociais.* São Paulo: Hucitec, 1997. p. 101-115.

BENEDICT, Ruth. *Padrões de cultura.* São Paulo: Perspectiva, 1988 [1934].

BENJAMIN, Walter. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. *In: Magia e técnica, arte e política.* São Paulo: Brasiliense, 1986.

BEUF, Ann Hill. *Biting of the bracelet:* a study of children in hospitals. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1979.

BIEHL, João. *Vita:* life in a zone of social abandonment. Photographs by Torben Eskerod. Berkeley: University of California Press, 2005.

BOSI, Ecléa. *O tempo vivo da memória:* ensaios de psicologia social. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

BRUNER, Jerome. A construção narrativa da realidade. Trad. de Waldemar Ferreira Netto. *Critical Inquiry,* n. 18, v. 1, p. 1-21, 1991.

BUTLER, Judith. *Cuerpos que importan:* sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. Buenos Aires: Paidós, 2002 [1993].

CAMARGO, Michelle Alcântara. *Dentre muros:* uma etnografia sobre um hospital psiquiátrico. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2017.

CARDOSO, Vânia Zikán. Marias: a individuação biográfica e o poder das estórias. In: GONÇALVES, Marco Antonio; MARQUES, Roberto; CARDOSO, Vânia Zikán (Orgs.). *Etnobiografia:* subjetivação e etnografia. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2012. p. 9-18.

CARDOSO, Vânia Zikán. Narrar o mundo: estórias do “povo da rua” e a narração do imprevisível. *Mana,* v. 13, n. 2, p. 317-345, 2007.

CARVALHO, Marcos. Dilemas na/da Reforma Psiquiátrica: notas etnográficas sobre o cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial. In: FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde.* Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 81-106.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph W. *Deviance and medicalization:* from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

CUNHA, Maria Clementina da. *O espelho do mundo.* Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DAS, Veena. *Life and words:* violence and the descent into the ordinary. Berkeley: University of California Press, 2007.

DAS, Veena. O ato de testemunhar: violência, gênero e subjetividade. Trad. de Plínio Dentzien. *Cadernos Pagu,* Campinas, n. 37, 2011.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Psiquiatras, juízes e loucos: modelos de interação entre a psiquiatria e a justiça, na conjuntura da luta pela cidadania plena e reforma psiquiátrica no Brasil. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral. In: ALVES, Paulo César B.; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). *Saúde e doença – um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 83-90.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura na Idade Clássica.* São Paulo: Perspectiva, 1997[1963].

GEEST, Sjaak Van Der; FINKLER, Kaja. Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine,* n. 59, p. 1995-2001, 2004.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos.* São Paulo: Perspectiva, 1974.

GONÇALVEZ, Marco Antônio. Um mundo feito de papel: sofrimento e estetização da vida (os diários de Carolina Maria de Jesus). *Horizontes Antropológicos,* Porto Alegre, ano 20, n. 42, p. 21-47, 2014.

GUATTARI, Félix. *Mil platôs:* capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34, 1997.

HITA, Maria Gabriela. Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias. In: ALVES, Paulo César B.; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Orgs.). *Saúde e doença – um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 179-213.

LANGDON, Esther Jean. Antropologia e suas contribuições para as políticas públicas: pesquisas em saúde indígena. *Aceno – Revista de Antropologia do Centro Oeste,* v . 2, n. 4, p. 55-77, ago.-dez. 2015.

LANGDON, Esther Jean. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1019-1029, 2014.

LAPLANTINE, François. *Aprender etnopsiquiatria.* São Paulo: Brasiliense, 1988.

LÉZÉ, Samuel. Anthropology of mental illness. In: SCULL, Andrew; GEOFFREY, J. Golson. *Cultural sociology of mental illness:* an A-to-Z Guide. London: Sage, 2014. p. 31-32.

LUÍS, André. *O ser humano em suas dimensões biopsicossocial e espiritual.* 2014. Disponível em: https://prezi.com/4l2cb8cqqk8s/o-ser-humano-em-suas-dimensoes-biopsicosocial-e-espiritual/. Acesso em: 1º nov. 2017.

MACHADO, Vanessa; MANÇO, Amábile Rodrigues Xavier; SANTOS, Manoel Antônio dos. A recusa à desospitalização psiquiátrica: um estudo qualitativo. *Cadernos de Saúde Pública,* v. 21, n. 5, p. 1472-1479, 2005.

MALUF, Sônia. *Gênero, saúde e aflição:* políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, Sônia; TORNQUIST, Carmen Susana (Orgs.). Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas,2010. p. 21-68.

MEAD, Margaret. *Sex and temperament in three primitive societies.* London: Routledge & Kegan Paul, 1963.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Saúde e doença:* um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

ORTNER, Sherry Beth. *Anthropology and social theory:* culture, power, and the acting subject. Durham, N.C.: Duke University, 2006.

PAULA, João Teixeira de Paula. *Dicionário de Parapsicologia, Metapsíquica e Espiritismo.* São Paulo: Banco Cultural Brasileiro, 1970.

PEIRANO, Mariza. Etnografia e rituais: relato de um percurso. *Anuário Antropológico,* Brasília, v. 41, n. 1, p. 237-248, 2016.

PESSOTTI, Isaías. *A loucura e as épocas.* São Paulo: Perspectiva, 1994.

SAPIR, Edward. *Language, culture, and personality.* Berkeley: University of California Press, 1949.

SARETTA, Mário Eugênio. A verdade que está aqui com a gente, quem é capaz de entender? Uma etnografia com participantes de uma Oficina de Criatividade em um Hospital Psiquiátrico. *In:* FERREIRA, Jaqueline; FLEISCHER, Soraya (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde.* Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 57-80.

SARTI, Cynthia. Prefácio. *In:* FLEISCHER, Soraya; FERREIRA, Jaqueline (Orgs). *Etnografias em serviço de saúde.* Rio de Janeiro: Garamond, 2014. p. 7-10.

VELHO, Gilberto. *Desvio e divergência:* uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.